

UNIVERSITE DE MONTPELLIER

FACULTE DE MEDECINE

N° 99

Le lupus scléreux papillomateux

THESE

Présentée et publiquement soutenue
devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le lundi 27 juillet 1942

PAR

PIERRE CATALA

Né le 7 décembre 1917 à Marseille (B.-du-Rh.)

MÉDECIN AUXILIAIRE DES TROUPES COLONIALES

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE

*Examineurs
de la Thèse*

MM. MARGAROT, *professeur, président.*
AIMES, *professeur.*
P. RIMBAUD, *agrégé.*
HARANT, *agrégé.*

Assesseurs

IMPRIMERIE DE LA PRESSE
3, Rue Jardin-Martel, 3
MONTPELLIER

1942

LE LUPUS SCLEREUX PAPILLOMATEUX



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Le lupus scléreux papillomateux

THESE

Présentée et publiquement soutenue
devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le lundi 27 juillet 1942

PAR

PIERRE CATALA

Né le 7 décembre 1917 à Marseille (B.-du-Rh.)

MÉDECIN AUXILIAIRE DES TROUPES COLONIALES

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE

*Examineurs
de la Thèse*

MM. MARGAROT, *professeur, président.*

AIMES, *professeur.*

P. RIMBAUD, *agrégé.*

HARANT, *agrégé.*

Assesseurs

IMPRIMERIE DE LA PRESSE

3, Rue Jardin-Martel, 3

MONTPELLIER

1942

PERSONNEL DE LA FACULTE

Professeurs

Chaires:

Anatomie	MM.
Histologie	J. DELMAS.
Physiologie	TURCHINI.
Chimie biologique médicale et toxicologie	HEDON.
Physique médicale	CRISTOL.
Anatomie pathologique et médecine expérimentale	PECH.
Microbiologie	BAUMEL.
Pathologie et thérapeutique générales	LISBONNE.
Thérapeutique et matière médicale	PAGES.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	JANBON.
Hygiène	PUECH.
Médecine légale et médecine sociale	CARRIEU.
Pathologie médicale et clinique propédeutique	VIDAL.
Clinique médicale	BOULET.
Clinique chirurgicale	{ L. RIMBAUD.
	{ GIRAUD, doyen.
	{ MASSABUAU, ass.
	{ RICHE.
Clinique obstétricale	P. DELMAS.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	EUZIERE, doy. hon
Clin. des malad. des enfants et hyg. du 1 ^{er} âge	BOUDET.
Clinique de dermato-syphiligraphie	MARGAROT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ETIENNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU.
Clinique gynécologique	LAPEYRE.
Clinique ophtalmologique	DEJEAN.
Clinique d'oto-rhino-lar. et chir. maxillo-faciale	TERRACOL.

Charges de cours:

Anatomie	LAUX.
Histologie	GRANEL.
Radiologie	LAMARQUE.
Propédeutique chirurgicale	AIMES.

Professeurs honoraires

MM. TEDENAT, FORGUE, ESTOR, BERTIN-SANS, CABANNES, GALAVIEILLE, VIRES, BOSC, VILLARD, GRYNFELTT.

Chargés d'enseignements complémentaires

Chimie	MM.	Clinique de la	MM.
Microbiologie	MONNIER, agrégé.	tuberculose ..	VIDAL, professeur.
Hist. nat. méd.	CARRERE, agrégé.	Pathologie chir..	MOURGUE.
Pharmacologie	HARANT, agrégé.	— — —	MOLINES, agr.
Pathologie méd.	BOUCOMONT, agr.	— — —	TRUC, agrégé.
— — —	BERT, agrégé.	Chir. experim. ..	GUIBAL, agrégé.
Propédeut. méd.	P. RIMBAUD, agr.	Médecine opér. ..	ROUX, agrégé.
Clinique interne.	PUECH, professeur.	Accouchements ..	CADERAS
Clin. des mal.		— — —	DE KERLEAU, a
contagieuses.	JANBON, profes.	Stomatologie ..	N...

Agrégés en exercice

Médecine	MM.	Chirurgie	MM.
— — —	P. RIMBAUD.	— — —	MOURGUE.
— — —	BOUCOMONT.	— — —	MOLINES.
— — —	BERT.	— — —	GUIBAL.
— — —	LAFON, ch. d'agr.	— — —	ROUX.
Chimie	MONNIER.	Urologie	TRUC.
Bactériologie	CARRERE.	Accouchements ..	CADERAS
Hist. nat. méd.	HARANT.	— — —	DE KERLEAU

Examineurs de la thèse

MM. MARGAROT, prof., présid. MM. P. RIMBAUD, agrégé.
AIMES, professeur. HARANT, agrégé.



A MES PARENTS

Avec toute ma reconnaissance.

A MA FEMME

A MES ENFANTS

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A LA MEMOIRE DU MEDECIN CAPITAINE JEAN VIAL
MÉDECIN-CHEF DU 6^e RÉGIMENT D'INFANTERIE COLONIALE
MIXTE SÉNÉGALAIS
MORT POUR LA FRANCE

*Sa vie et sa mort sont pour moi un
exemple.*

A LA MEMOIRE DE TOUS LES MORTS
BLANCS ET NOIRS
DU 6^e REGIMENT D'INFANTERIE COLONIALE
MIXTE SENEGALAIS

A LA MEMOIRE DU MEDECIN AUXILIAIRE
PIERRE DUBOURG
MORT POUR LA FRANCE

A MONSIEUR LE MEDECIN-GENERAL SOLCARD
DIRECTEUR DE L'ECOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTE
DE LA MARINE ET DES TROUPES COLONIALES
ASSOCIE NATIONAL DE L'ACADEMIE DE CHIRURGIE
OFFICIER DE LA LEGION D'HONNEUR, CROIX DE GUERRE

A MONSIEUR LE MEDECIN EN CHEF VARACHE
SOUS-DIRECTEUR DE L'ECOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ
DE LA MARINE ET DES TROUPES COLONIALES
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
MÉDAILLE MILITAIRE — CROIX DE GUERRE

A MES PROFESSEURS DE L'ECOLE DE SANTE NAVALE
ET DES TROUPES COLONIALES

A MES CAMARADES
DE L'ECOLE DE SANTE NAVALE
ET DES TROUPES COLONIALES

A MES MAITRES DE LA FACULTE ET DES HOPITAUX
DE BORDEAUX

A MES MAITRES DE LA FACULTE ET DES HOPITAUX
DE MONTPELLIER

A NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR MARGAROT
PROFESSEUR DE CLINIQUE DERMATOLOGIQUE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Auprès duquel nous avons toujours
trouvé un bienveillant accueil. Nous
le remercions de nous avoir inspiré le
sujet de cette thèse, d'avoir bien voulu
nous aider de ses conseils et de nous
avoir fait l'honneur d'en accepter la
présidence.*

A NOS JUGES

LE LUPUS SCLEREUX PAPILLOMATEUX

NOSOGRAPHIE

Le bacille de Koch peut envahir la peau en suivant des voies d'accès différentes. Si leur point de départ est à l'extérieur, nous aurons une tuberculose exogène. S'il est à l'intérieur même de l'organisme déjà infecté antérieurement, une tuberculose endogène.

Tuberculoses exogènes

Celles-ci peuvent prendre naissance suivant des modes légèrement différents, selon qu'il s'agit d'hétéro ou d'auto-inoculation.

L'inoculation accidentelle par hétéro-inoculation provient d'une blessure, d'une piqûre, d'un contact avec une lésion tuberculeuse humaine ou animale, ou seulement avec un objet souillé par les sécrétions d'un tuberculeux.

La tuberculose exogène par auto-inoculation est un accident de super-infection chez un tuberculeux avéré contaminant ses téguments par les bacilles de ses crachats, de ses matières fécales ou de ses urines.

En clinique, les lésions provoquées par ces tuberculoses exogènes seront :

L'ulcère tuberculeux : survenant surtout chez les tuberculeux pulmonaires qui se contaminent par leurs sécrétions. Mais chez le sujet sain en particulier chez le jeune enfant, ce sera quelquefois un véritable chancre d'inoculation.

La tuberculose verruqueuse et le tubercule anatomique qui n'est qu'une variété de la première, sont des formes qui siègent surtout aux extrémités des membres, très fréquents chez tous les sujets obligés par leur profession à travailler sur des cadavres infectés. Elle est également fréquente sur le dos de la main des vieux tousseurs.

Dans ce groupe de lésions le bacille de Koch peut toujours être retrouvé, la culture peut en être obtenue, ainsi que l'inoculation à l'animal (celle-ci se fera toujours suivant le type Villemin). Enfin, la structure histologique et pathognomonique de la tuberculose : en effet, on retrouve toujours le follicule de Köster.

Tuberculoses endogènes

Ce mode d'infection peut se réaliser par deux processus : la voie lymphatique et la voie sanguine.

Si le bacille de Koch utilise le système lymphatique pour se propager, nous aurons une tuberculose de voisinage due à l'extension locale d'un foyer ; le plus souvent, ce sera sous forme de gommes que de telles tuberculoses se révéleront.

Mais plus fréquemment, c'est par le sang que le bacille de Koch cheminera jusqu'à la peau. Les lésions provoquées par cet essaimage bacillaire seront en général nom-

breuses et réparties en divers points du revêtement cutané, réalisant une véritable tuberculose éruptive. Mais les lésions ainsi provoquées ne seront plus des lésions de tuberculose vraie. Nous aurons là des *tuberculoses cutanées atypiques*. En effet, les bacilles peuvent être trouvés dans les lésions, la culture peut être obtenue ainsi que l'inoculation à l'animal mais ces résultats ne s'obtiennent plus constamment; d'autre part, l'histologie révèle une allure tuberculoïde plutôt qu'une véritable tuberculose ; les follicules de Köster sont très rares.

Les différentes formes cliniques : lichen scrofulosorum, tuberculose papulo-nécrotique, lupus folliculaire disséminé, érythème induré de Bazin, etc., sont vraisemblablement dus à une variation de la virulence du bacille tuberculeux et de l'état allergique de la peau.

Le lupus tuberculeux

Entre ces deux grands groupes de tuberculose : tuberculoses typiques et tuberculoses atypiques, et leur servant de transition, se place l'immense groupe des lupus tuberculeux.

Classiquement, la plupart des lupus de la face peuvent être considérés comme étant d'origine exogène à travers le relai de la muqueuse nasale. En effet, les 8/10 des lupus siègent au visage et le plus grand nombre de ceux qui siègent au nez et aux joues ont leur origine dans une inoculation endonasale, due soit à l'infection d'une rhinite par le bacille de Koch, soit à l'habitude qu'ont tant de personnes de se curer le nez avec des doigts plus ou moins pro-

pres. Mais il existe une variété de lupus dont l'origine hématogène est indiscutable ; c'est celle du *lupus disséminé* en des points plus ou moins nombreux du corps, tronc et membres. Tous les foyers apparaissent en même temps ou en poussées successives après une fièvre éruptive ou tout autre maladie anergisante. Dans certains cas, le lupus disséminé peut prendre une apparence verruqueuse et se développer d'une façon plus importante qu'à l'ordinaire créant ainsi une forme spéciale de lupus : *Le lupus scléreux papillomateux*, qui par son aspect clinique présente beaucoup d'analogies avec la tuberculose verruqueuse. Le lupus scléreux papillomateux est donc une tuberculose cutanée d'origine hématogène, simple forme clinique spéciale du grand groupe des lupus tuberculeux.

Cette position n'est cependant pas admise par tous les auteurs qui, abusés par la si grande analogie clinique que présente cette variété de lupus avec la tuberculose verruqueuse l'ont souvent confondue avec cette forme.

Cette étude entreprise sur les conseils de M. le Professeur Margarot, à l'occasion d'un cas de lupus scléreux papillomateux survenu dans son service, aura seulement pour but d'essayer de redonner à cette forme de lupus sa véritable individualité.

HISTORIQUE

La découverte :

En 1882, dans un compte rendu à la Société de Biologie, Vidal et Leloir décrivent sous le nom de *lupus scléreux papillomateux*, une forme particulière de *lupus*. Ils adoptent cette dénomination à cause de la consistance particulière de ce *lupus* et en raison de ses caractères histologiques.

En 1883, Vidal publie dans les *Annales de Dermatologie*, un travail sur le *lupus scléreux*. Il commence par citer l'observation d'un homme de 45 ans, porteur de nombreuses plaques lupiques sur les membres et la figure. Les plaques étaient les unes du *lupus tuberculeux* typique, les autres verruqueuses et papillomateuses du type *lupus scléreux*. Ces lésions présentaient tous les degrés de transition entre le type tuberculeux et le type scléreux.

A la suite de cette observation, il classe en deux catégories le *lupus scléreux* :

Une forme secondaire : un *lupus* primitivement tuberculeux végète, s'indure et devient papillomateux.

Une forme primitive : où le *lupus scléreux* se développe d'emblée avec tous ses caractères essentiels.

L'identité de ces deux lésions et la nature lupique de la seconde seraient prouvées : en effet, si on fait subir un

raclage au lupus scléreux primitif, pendant que la plaie se répare, la tendance à la récurrence de l'affection se manifeste tout d'abord par l'apparition de petits tubercules mollasses d'un jaune rougeâtre, transparent de lupus tuberculeux.

Suit une description du lupus scléreux primitif : « Les plaques sont formées d'éléments du derme et de l'épiderme fortement hypertrophiés, hérissés en certains points d'excroissance verruqueuses papillomateuses d'apparence cornée, séparées par des sillons et des fissures. Ces fissures peuvent même devenir de véritables ulcérations fournissant une sérosité purulente. Aussi quand on presse ces productions morbides entre les doigts, peut-on faire sourdre du pus des parties profondes ».

Le lupus scléreux siège surtout aux extrémités, mais fréquemment on le trouve sur les avant-bras, les cuisses, les fesses et aussi sur la face.

Cette forme de lupus se développerait presque toujours chez les sujets scrofuleux et commence le plus souvent dans l'enfance ou l'adolescence.

Ce n'est pas une lésion grave et les déformations que l'on peut observer au niveau des extrémités seraient causées par un lupus tuberculeux profondément ulcéré qui, plus tard, subit la transformation scléreuse.

Mais le pronostic doit être réservé pour la durée de la lésion. En effet, le lupus scléreux ne tend que très rarement à la guérison spontanée, mais au contraire, peut persister indéfiniment, soit sur place, soit en suivant une marche serpentineuse.

Au point de vue anato-pathologique, Vidal distingue dans ces lésions trois couches :

1° Une couche épidermique, superficielle, papillomateuse, simulant l'épithélioma et constituée par des productions épidermiques exubérantes.

2° Une couche moyenne de tissu scléreux.

3° Une couche profonde dans laquelle on retrouve des tubercules de lupus avec tous leurs caractères histologiques, mais le nodule lupeux subit là une transformation fibreuse ; l'îlot lupeux envahi par sa périphérie, finit bientôt par disparaître.

Et Vidal conclut :

« Le lupus scléreux semble n'être qu'un lupus tuberculeux dont les nodules subissent la transformation fibreuse, il est au lupus vulgaire ce que le tuberculome fibreux du poumon est à la tuberculose. »

En 1890, Leloir dans son traité pratique de la scrofulo-tuberculose reprend la même description mais il décrit en outre, de nombreuses formes cliniques : lupus scléreux, lupus scléreux papillomateux avec sa variété plane profonde, et lupus demi-scléreux papillomateux à tendance suppurative.

Faits cliniques analogues décrits sous d'autres noms :

Mais ces auteurs n'étaient pas les premiers à s'occuper de cette lésion.

En effet, dans ses leçons sur les maladies de la peau, le professeur Hardy l'a mentionnée sous le nom de « *Scrofulide verruqueuse* ». Il l'a placée à côté de sa scrofulide tuberculeuse, qui est le lupus vulgaire.

Mac Call Anderson (lecture 16 au Clinical Médecine), en a donné aussi une bonne description sous le nom de *lupus verrucosus* ou scrofuloderma verrucosum. C'est le *lupus papillaire verruqueux* de Kaposi dont le lupus corné de Lang est une sous-variété.

C'est en 1886 que Riehl et Paltauf décrivent « *la tuberculose verruqueuse* » ; ils la différencient justement du lupus scléreux papillomateux, par l'absence constante de

nodules lupiques, la présence d'abcès miliaires, l'absence d'ulcération centrale et la tendance à la cicatrisation spontanée. Mais sans doute se trompent-ils quand ils distinguent le lupus scléreux papillomateux de la tuberculose verruqueuse, en affirmant que celle-ci est d'une bénignité plus grande et se caractérise par une absence constante d'infection secondaire généralisée.

La confusion.

A la suite de ces auteurs, la question du lupus scléreux papillomateux et de ses rapports avec la tuberculose verruqueuse ne sera plus jamais traitée de façon définitive, la confusion règne au sujet des lésions qu'il faut faire entrer sous ces deux étiquettes.

Brocq, dans son traité de dermatologie élémentaire de 1906, décrit le lupus scléreux de Vidal parmi les variétés de lupus exedens et à ce propos ajoute que : « C'est probablement à ces variétés qu'il faut rattacher le tubercule anatomique dont la description clinique se confond pour ainsi dire avec celle du lupus scléreux ».

Mais il a déjà donné individuellement la description du tubercule anatomique et de la tuberculose verruqueuse.

S'il considère le tubercule anatomique comme un « lupus des plus virulents qui doit être rangé dans le lupus scléreux papillomateux, et que nous décrivons à part pour nous conformer à l'usage reçu », il semble cependant accorder une certaine autonomie à la tuberculose verruqueuse. « Dans cette affection, les papillomes seraient primitifs et se développeraient avec les nodules, ceux-ci ne seraient pas consécutifs à l'ulcération des tubercules comme dans le lupus scléreux papillomateux.

Lenglet, dans la première édition de la *Pratique Dermatologique*, considère la maladie de Riehl et Paltauf comme

une forme un peu particulière de la maladie de Willan.

En 1907, Moutot dans son importante thèse, s'efforce de faire du lupus scléreux papillomateux, une simple forme de la tuberculose verruqueuse, réfutant les arguments de Richl et Paltauf, il déclare : « L'absence de nodules lupiques n'est pas absolue dans la tuberculose verruqueuse et fréquemment ils ne sont pas macroscopiquement visibles dans le lupus scléreux papillomateux. »

La présence d'abcès miliaires est manifeste dans certains lupus et rappelant une théorie de Hardy sur le lupus pustuleux : les abcès miliaires seraient seulement dus à l'ulcération des nodules. L'évolution serait la même, les végétations papillaires de ces tuberculoses peuvent être indifféremment primitives ou secondaires à l'ulcération des tubercules ».

Il conclut en affirmant qu'à son avis « la tuberculose verruqueuse doit être considérée comme toute tuberculose superficielle ou lupus cutané se manifestant par une végétation papillaire, que celle-ci prenne le type papillo-corné ou papillomateux, qu'elle soit suppurative ou sèche. Les autres caractères sont secondaires et servent à déterminer des variétés entre lesquelles existent tous les faits de passage.

Nicolas et Gaté en 1932, dans leur Traité sur la tuberculose cutanée, décrivent la tuberculose verruqueuse et dans un paragraphe spécial de ce chapitre, le lupus scléreux de Vidal, dont ils font une forme de passage entre lupus scléreux papillomateux et tuberculose verruqueuse, montrant par là « la fragilité des barrières un peu théoriques qu'on a voulu dresser entre ces deux affections ».

Ils décrivent ensuite le lupus scléreux papillomateux comme une variété de lupus hypertrophique caractérisé par son siège aux extrémités, son évolution centrifuge, et

n'admettent, comme seul signe de différence avec la tuberculose verruqueuse : la présence au sein du lupus scléreux papillomateux, de nodules lupiques, « et encore cette discrimination ne serait pas absolue, la tuberculose verruqueuse la plus authentique pouvant, surtout lorsqu'elle a été traitée, présenter des nodules lupiques au cours de son évolution.

Pautrier, dans l'édition de 1936 de la Nouvelle Pratique Dermatologique pense qu'il n'est pas utile d'établir une distinction entre lupus scléreux papillomateux et tuberculose verruqueuse. « Ce n'est qu'une question de nuances ; en réalité, il s'agit de faits extrêmement voisins. Il semble cependant que ces deux types soient séparés par un degré de virulence plus grande dans la tuberculose verruqueuse que dans le lupus scléreux papillomateux où les bacilles de Koch sont plus rares, et qui s'accompagne très rarement de lymphangite tuberculeuse et de productions gommeuses.

Nous voyons donc quelle grande confusion règne au sujet de la place nosographique exacte du lupus scléreux papillomateux. Il semble que cette confusion aurait pu être évitée si l'on avait étudié avec plus d'attention, les travaux de Vidal et Leloir qui distinguaient deux variétés de lupus scléreux :

1° *Le lupus scléreux primitif* apparaissant d'emblée en général sur les mains, ne présentant qu'une ou deux plaques toujours caractérisé par la présence d'abcès miliaires. Ce lupus scléreux est toujours dû à une inoculation externe, c'est évidemment ce que décriront plus tard Riehl et Paltauf sous le nom de « *tuberculosis verrucosa* ».

2° Le lupus scléreux secondaire, résultant de la transformation d'un lupus ordinaire qui s'indure, devient mamelonné, puis papillomateux et enfin présente en partie

ou en totalité, le même aspect que dans la première variété.

C'est cette seconde forme du lupus scléreux de Vidal qui, à notre avis, doit seule aujourd'hui répondre au nom de lupus scléreux papillomateux, et c'est celle qui fera l'objet de notre étude.

PATHOGENIE

Les observations de tuberculose verruqueuse d'origine hémotogène ne manquent pas. Celles-ci sont presque toujours consécutives à une fièvre éruptive.

C'est Besnier qui, en 1889, relate la première observation.

Comby, en 1889 aussi, présente à la Société de Dermatologie, un enfant de six ans et demi, ayant eu la rougeole à quatre ans et présentant depuis quatre lésions dures papillomateuses rappelant la tuberculose verruqueuse ; cet enfant était également porteur d'une gomme sur l'avant-bras droit.

Adamson en 1895, rapporte l'observation d'un lupus verruqueux multiple disséminé sur le tronc et les membres, survenu chez un enfant de trois ans après une rougeole et précédant l'apparition d'un abcès rétro-pharyngien et d'une coxalgie.

Gaucher et Druelle, en 1905, publient l'observation d'une tuberculose verruqueuse disséminée consécutive à une rougeole chez une fillette de trois ans, un mois après la fièvre éruptive étaient apparus trois foyers de tuberculose verruqueuse au coude sur la face dorsale de la main et à la face plantaire du pied droit.

Finger, toujours en 1905, observe chez une fillette de huit ans, consécutivement à une rougeole, un lupus disséminé sur tout le corps avec sur les mains et sur les pieds quelques plaques typiques de tuberculose verruqueuse.

Nobl observe un autre cas de lupus disséminé accompagné d'une éruption verruqueuse.

Dans sa thèse de 1905, Rochette, après avoir cité de nombreux cas de lupus et de tuberculose disséminés rapporte celui d'une fillette de cinq ans qui, cinq mois après une rougeole, présentait un lupus de la face, des placards verruqueux sur les mains et du lupus sur le reste du corps. Faisant l'histoïogie d'une de ces lésions, il retrouve la disposition classique du lupus scléreux papillomateux avec follicules situés très profondément, mais il signale une réaction inflammatoire importante caractérisée par la présence de nombreux leucocytes.

Hoffmann, Krey, Bloch, Ermann, Hallopeau, Leredde, etc., publient encore des cas de tuberculose verruqueuse consécutive à une fièvre éruptive.

Plus près de nous, en 1924, Wirth a publié l'observation d'une fillette de douze ans qui, après une rougeole, fit trois mois plus tard une éruption sur les mains, les pieds puis sur le reste du corps, de lésions allant du type de la tuberculose papulo-nécrotique à celui de la tuberculose verruqueuse. L'inoculation au cobaye fut positive. En même temps, la petite malade fit une pleurésie et des arthrites tuberculeuses qui, réagirent focalement après une intradermo-réaction à la tuberculine.

Ramel en 1928, a également publié l'observation d'une jeune fille de 17 ans, qui à la suite d'une bronchite, présenta une éruption de lésions tuberculeuses multiples à type essentiellement verruqueux. Mais, à la vérité, l'aspect n'était pas absolument comparable à celui de la tuberculose verruqueuse commune : il y avait, en effet, toute une gamme d'efflorescences allant d'une infiltration pseudo-lupique à la jambe gauche à des nodules violacés de type papulo-nécrotique au bras et à des lésions sèches et grisâ-

lres nettement verruqueuses à la face. A noter que ces lésions guérissent rapidement après des injections de sanocrysine.

Nous constatons à la lecture de ces observations que ces prétendues tuberculoses verruqueuses présentent des caractéristiques qui les différencient des tuberculoses verruqueuses d'origine exogène. D'abord la multiplicité des lésions, ensuite leurs caractères particuliers : elles sont presque toujours sèches et présentent une tendance à la cicatrisation spontanée.

Il est à noter que dans la plupart de ces cas la tuberculose verruqueuse est accompagnée de lupus disséminé, ne serait-ce donc pas plutôt d'une simple variété de ce lupus qu'il s'agirait : la variété scléreuse et papillomateuse.

Une observation de Sézary et Poumailloux, en 1929, nous montrera d'une façon saisissante l'identité de ces lésions qualifiées tuberculose verruqueuse avec le groupe des lupus.

Il s'agit d'un enfant de 15 ans, porteur de lésions de tuberculose verruqueuse disséminée typique, ces lésions dont la nature ne laissait aucun doute aux observateurs étaient saillantes, avec une surface nettement verruqueuse fendillée par place, laissant même sourdre à la pression quelques gouttes de pus.

Mais deux particularités étaient à noter, d'une part la multiplicité des lésions, d'autre part, leur coexistence avec des lésions de type lupique.

Les lésions sont multiples : elles sont apparues par poussées successives, la première il y a un an et demi, les deux autres à un mois d'intervalle, la dernière il y a deux mois à peine. Le plus grand nombre des éléments siège aux mains où il en existe trois du côté droit, à la face dorsale du poignet, et quatre du côté gauche, au poignet, à la base

du pouce, à la première phalange du cinquième doigt, et à la base des premiers métacarpiens; sur le reste du corps, d'autres placards situés à la fesse, au genou et au creux poplité gauche avaient le même aspect verruqueux que ceux de la main et des poignets.

Un autre point particulier de cette observation est la *coexistence* à côté des lésions verruqueuses de *placards de nature lupique*. Ces placards, plus petits que les verruqueux et plus récemment apparus, siégeaient à l'épaule droite et à la fesse gauche où ils avaient la dimension d'une pièce de un franc, et à la joue gauche où ils ne mesuraient que quelques millimètres.

Les rapports intimes de cette tuberculose verruqueuse avec le lupus, devaient être démontrés d'une façon quasi-expérimentale à la suite de l'injection d'une goutte de tuberculine dans le derme du petit malade. Cette injection, faite par inadvertance dans le but de faire une intra-dermoréaction a déterminé de violentes réactions locales, focales et générales.

Localement, un œdème douloureux avec érythème, a persisté plus d'une semaine et fut suivi de desquamation.

Une réaction générale intense (frissons, vomissements, fièvre) a persisté pendant quarante-huit heures, et a été suivie pendant plusieurs jours de subictère.

En même temps, les lésions verruqueuses ont perdu leur revêtement hyperkératosique et ont pris l'aspect de foyers lupiques, exulcérés. Parallèlement, les petits placards lupiques se sont ulcérés et entourés d'un halo inflammatoire.

Une tache érythémateuse est même apparue sur la joue droite jusque là indemne, démasquant peut-être une lésion bacillaire latente encore non développée.

Au bout de quelques jours, les différentes réactions se sont apaisées et seule se voyait une zone de desquamation

a contours nets autour de la plupart des éléments. Certains d'entre eux, avaient notablement diminué d'étendue.

Depuis quinze jours, nous voyons au contraire, se reformer peu à peu le revêtement verruqueux aux mains et aux poignets et s'épidermiser de nouveau les placards de lupus du visage et des fesses, sans que les lésions aient encore repris, à l'heure actuelle, exactement le même aspect qu'il y a six semaines. La tuberculine a donc eu pour effet, chez notre malade, de transformer passagèrement certaines lésions verruqueuses en lésions lupiques, et de faire régresser certaines d'entre elles.

Cette observation nous montre d'une façon formelle, l'identité de ces prétendues tuberculoses verruqueuses, avec le lupus. Une variation de l'état d'allergie du sujet ou une exaltation de la virulence des germes sous l'effet de la tuberculine, a eu pour résultat de modifier la structure des lésions, leur faisant perdre leur revêtement hyperkératosique qui jusque là, masquait leur véritable nature lupique.

L'origine hématogène de ces lésions paraît incontestée ; en effet, l'apparition simultanée des lésions, quelquefois même en poussées successives, réalisant de véritables éruptions signe cette origine.

Mécanisme de l'inoculation par voie sanguine :

Etudions le mécanisme de cette inoculation de la peau par voie sanguine :

Un sujet porteur d'un foyer de tuberculose latent, n'a pas de bacilles de Koch dans son sang à l'état normal, et ne peut donc pas infecter sa peau par cette voie. C'est ce que les résultats de nombreuses recherches ont permis d'établir.

Jusqu'en 1930, la présence de bacilles de Koch dans le sang des tuberculeux, était affirmée par l'Ecole allemande et niée par l'Ecole française.

C'est alors que Lœwenstein et ses collaborateurs obtiennent des résultats vraiment sensationnels, ils déclarent avoir obtenu :

100 pour 100 d'hémo-cultures positives dans les formes aiguës de la tuberculose pulmonaire méningée ou intestinale.

80 pour 100 dans les cas de tuberculoses chroniques évolutives;

41 pour 100 dans les différentes formes de la tuberculose cutanée ;

A la suite de ces expériences, de nombreux chercheurs émus par ces affirmatives, pratiquèrent eux-mêmes l'hémoculture.

Examinons quelques résultats obtenus chez des malades porteurs de lupus et de tuberculoses cutanées diverses :

Kren et Lœwenstein, en 1932, obtiennent :

81 pour 100 de cas positifs, après avoirensemencé le sang de cent malades ; en outre, ils déclarent que les résultats négatifs des cultures ne démontrent pas l'absence d'une bacillémie, mais que par contre, un résultat positif confirme l'existence d'un foyer tuberculeux en évolution. Les oscillations des résultats parleraient en faveur des poussées successives, il faudrait admettre que l'organisme se défend moins bien de temps en temps, sous l'action d'infections aiguës ou d'influences diverses.

Mathison, en 1932, n'obtient que deux hémocultures sur 10 cas de lupus vulgaire.

Kissmeyer a 23,8 pour 100 de ces cas positifs, mais Konrad, sur 25 cas, n'a qu'un cas d'hémoculture positive.

Courmont, Gate, Michel, en 1934, sur quatre lupus, n'ont qu'un résultat positif.

Mais à côté de ces quelques cas pourtant déjà rarement positifs, il faut en citer de nombreux négatifs. Tarantelli, en 1930, n'obtient que des résultats négatifs après ensemencement, inoculation au cobaye directe et passages successifs.

Friedmann, cultivant le sang de 12 lupiques, n'est pas plus heureux.

En France, Popoff et Roussel, dans 18 cas de *lupus vulgaire*, obtiennent des résultats semblables.

Nous nous trouvons donc en présence de nombreux résultats le plus souvent contradictoires, et il nous serait difficile de nous faire une opinion si Saenz (recherche sur la bacillémie tuberculeuse. *Journ. méd. franç.*, mai 1935), n'avait fait une critique très serrée de la méthode de Löwenstein.

Après avoir attiré l'attention sur une série d'erreurs techniques, il conclut en affirmant qu'il ne faut tenir compte que des micro-colonies cultivables par réensemencement et de celles qui se montrent tuberculigènes pour le cobaye.

Pratiquant des hémocultures avec toutes ces précautions, Saenz arrive aux résultats suivants :

Sur 936 hémocultures représentant 7.000 tubes ensemencés, il arrive à 12 cas positifs, soit 1,2 pour 100.

Etudiant ensuite ces cas positifs, il s'aperçoit que ceux-ci correspondent à des primo-infections de l'enfance ou de l'adolescence, puis à des tuberculoses en pleine évolution et à issue fatale.

Enfin, à quelques cas de tuberculoses chroniques dont l'hémoculture coïncidait avec une nouvelle localisation ou à une poussée évolutive de la maladie.

On peut donc arriver à cette conclusion : le sang d'un porteur de foyers tuberculeux chroniques, ne contient pas

de bacilles de Koch, si ce n'est à l'occasion d'une nouvelle localisation de la maladie.

On peut donc considérer qu'à l'occasion d'une maladie surajoutée ou de l'altération quelconque de l'état général, un sujet porteur d'un foyer tuberculeux parfaitement localisé fera une décharge bacillaire dans son sang.

Nous voyons là, le rôle important de la rougeole, en particulier dans l'étiologie des tuberculoses cutanées, maladie qui par excellence, provoque des décharges bacillaires.

Mais le sang est un très mauvais milieu de culture pour le bacille tuberculeux, celui-ci ne peut pas s'y développer ni y séjourner trop longtemps. C'est ce qui explique la grande rareté des hémocultures positives.

Le bacille de Koch ira coloniser dans une partie quelconque de l'organisme où il trouvera un terrain plus favorable à son développement. Souvent il ira dans les poumons, la plèvre, les méninges, les articulations (nous verrons que notre malade a présenté une coxalgie apparue en même temps que sa première poussée lupique).

Pourquoi la peau est-elle ainsi choisie et souvent avec prédilection bien qu'elle ne soit pas un bon milieu de culture pour le bacille tuberculeux ?

Capelli pense que la peau de tous les tuberculeux présente des caractéristiques spéciales : surtout une grande richesse cellulaire composée de lymphocytes et de fibroblastes qui se groupent autour des capillaires de la peau. Il semble qu'à l'occasion de passage de bacilles tuberculeux dans le sang des capillaires, ces cellules pourraient entrer en action en fixant ces bacilles.

D'autre part, souvent les poussées de lupus scléreux papillomateux surviennent après un exanthème qui a, sans doute, bouleversé les réactions normales de la peau et dans

ces conditions anormales de fragilité la peau se défendant moins bien se laissera plus facilement envahir par le bacille tuberculeux.

Il serait intéressant de préciser la *nosogénie du lupus scléreux papillomateux*.

Pourquoi aurons-nous tantôt une éruption de lupus typique, tantôt une éruption de lupus scléreux papillomateux?

Volk essaie d'expliquer cette production différente par la structure différente de la peau suivant les régions atteintes. Le lupus scléreux papillomateux se produirait sur la peau plus kératinisée, plus cornée, des extrémités. Le lupus ordinaire, sur les régions à épiderme plus mince. Il cite, à ce propos, un cas de Török qui aurait constaté au cours d'une tuberculose hémato-gène post-rougeolique, du lupus scléreux, papillomateux aux mains, et du lupus ordinaire à la face.

Il rappelle encore des expériences de Lewandowski, qui inoculant un lapin à la peau du ventre et à l'oreille, aurait vu se produire au ventre des lésions ressemblant au lupus vulgaire, tandis que les lésions de l'oreille, dures et papillomateuses ressemblaient histologiquement au lupus scléreux papillomateux.

Ces affirmations seraient assez tentantes à admettre, mais s'il est vrai que très souvent le lupus scléreux papillomateux se développe sur les extrémités, il existe de nombreux cas où on le rencontre ailleurs, sur le tronc, et même sur la face, pourtant siège de prédilection du lupus ordinaire.

En nous rappelant que le lichen *scrofulosorum* siège avec prédilection sur le tronc, et qu'au contraire, la tuberculose papulo-nécrotique préfère les surfaces d'extension des membres, nous sommes obligés d'admettre que les chif-

différentes parties du revêtement cutané, réagissent d'une manière générale de façon différente au bacille de Koch.

Nous avons vu d'autre part, que les lésions varient suivant l'état allergique de la peau, l'observation de Sézary et Poumailloux, citée plus haut, en était un exemple frappant : un lupus scléreux papillomateux, à la suite d'une brusque variation de l'état d'allergie cutanée, se transforme en un lupus exedens. Ne pourrait-on donc pas admettre que la peau ne présente pas un même état allergique dans tous ses territoires.

Mais tout ceci reste encore très mystérieux et nous sommes loin de connaître le pourquoi des diverses manifestations cliniques de la tuberculose cutanée d'origine hématogène.

ETIOLOGIE

L'étiologie du lupus scléreux papillomateux est, en tous points, comparable à celle du lupus ordinaire. Dans la grande majorité des cas, il débute dans l'enfance : presque toutes les observations de lupus scléreux papillomateux post-rougeolique concernent des enfants au-dessous de 10 ans.

Il n'apparaît pas que le sexe féminin soit plus prédisposé.

Il faut faire remarquer l'influence du climat. En France, et plus particulièrement dans le Midi, le lupus scléreux papillomateux est une affection rare, mais il est beaucoup plus fréquemment signalé en Angleterre et en Allemagne. Vignes, de Marseille, dans une discussion sur un cas, signale son extrême rareté dans le Midi de la France et affirme au contraire en avoir vu de nombreux cas au cours d'un voyage qu'il fit à Bruxelles et à Anvers.

L'influence du terrain individuel est capitale : le lupus scléreux papillomateux ne se développera que chez un sujet préalablement infecté par le bacille de Koch. Cette primo-infection sera souvent latente, révélée seulement par une intra-dermo-réaction à la tuberculine positive. Fréquemment ce lupus se développera chez des enfants appelés autrefois scrofuleux, au nez et lèvres bouffis, aux traits empâtés, au teint pâle, présentant des adénopathies sous-

maxillaires ou cervicales, du catarrhe de la muqueuse nasale. Enfin, tous signes d'une infection bacillaire atténuée et à allure rapide.

D'autres fois, on retrouvera des signes plus caractéristiques, tel le malade de Pautrier qui présentait une bacillose cicatricielle des deux sommets.

Enfin, n'oublions pas que la cause déclenchante de la plupart des lupus scléreux papillomateux est une maladie aiguë. Parmi celles-ci la rougeole paraît la plus active et la plupart des observations mentionnent cette fièvre éruptive. Mais on a vu des lupus apparaître aussi après la scarlatine, la coqueluche, la varicelle, après une pneumonie et une fièvre typhoïde. C'est après une bronchite que la malade de Ramel vit apparaître ses efflorescences verruqueuses.

Ces infections générales modifient le terrain, affaiblissant ou même faisant complètement disparaître l'état d'allergie. on a observé que les réactions à la tuberculine étaient affaiblies ou même négativées à la suite de telles affections.

Cette période anergique permet au bacille de Koch jusque là localisé dans un foyer, de se disséminer dans tout l'organisme.

En résumé, nous voyons comme causes prédisposantes du lupus scléreux papillomateux :

Le jeune âge ;

Un climat froid et humide ;

Un terrain tuberculeux ;

Et une maladie anergisante.

ETUDE CLINIQUE

Observations

Nous allons tout d'abord exposer l'observation qui nous a été communiquée par notre maître, le Professeur Margerot.

Il s'agit de Mlle P... Madeleine, âgée de 17 ans. Entrée dans le service le 22 juillet 1941.

Antécédents héréditaires : père et mère en bonne santé.

Antécédents collatéraux : un frère et une sœur en bonne santé.

Antécédents personnels : une coxalgie de la hanche droite, à l'âge de huit ans, n'a jamais été soignée.

Réglée à 16 ans, règles régulières depuis, mais douloureuses et durant peu.

Ne signale pas de fièvre éruptive.

Histoire de la maladie : le début remonte à 11 ans : la maladie aurait commencé par de petites excoriations au niveau des orteils du pied gauche. Ces lésions se sont progressivement étendues, avec suintement important et ont envahi le pied puis la jambe gauche dans les années suivantes. Elles avaient surtout au début un caractère végétant, elles sont devenues par la suite de type ulcéreux avec mutilations progressives des orteils.

Il y a quatre ans, apparition de deux placards érythéma-

o-squameux arrondis sur le visage ; un peu plus tard, apparition de petits éléments érythémato-squameux sur le sein gauche et dans la région lombaire (lésions discrètes). Plus récemment, petits éléments sur l'avant-bras droit.

Examen clinique : ce qui domine chez cette malade, c'est l'atteinte du membre inférieur gauche.

Membre inférieur gauche : dans l'ensemble, aspect d'hypertrophie éléphantiasique de la jambe et du pied. Sur le dos du pied et à la partie inférieure de la jambe, placards scléreux, larges comme la paume de la main avec à sa périphérie des lésions végétantes. Sur la jambe, il s'agit surtout de lésions nodulaires d'aspect lupique disséminé.

L'extrémité antérieure du pied est déformée par des mutilations multiples, les orteils sont soudés entre eux et le gros orteil est amputé.

Sous la plante du pied, on rencontre de grosses masses verruqueuses.

Sur les bords latéraux de la plante du pied : ulcération vaste et assez profonde, à fond rouge et suintante, dégageant une odeur fétide.

Sur le tronc : au niveau du sein gauche, lésion d'un centimètre et demi de diamètre environ, arrondie, recouverte de squames grasses. Dans la région lombaire, apparaît un petit élément érythémateux arrondi.

Sur la face : un élément de 6 à 7 cm. de diamètre arrondi, plat, recouvert de squames très grasses. Il existe sur la joue un deuxième élément peu volumineux.

Sur le poignet et l'avant-bras droit : plusieurs éléments irréguliers.

Examen général : mauvais état général, pâleur, amaigrissement. Claudication en rapport avec la coxalgie ancienne.

Appareil pulmonaire : petits bruits surajoutés très discrets et très superficiels aux deux sommets en arrière.

Appareil circulatoire : cœur normal. Tension artérielle : 13,5-8.

Abdomen : ni gros foie, ni grosse rate. Les fosses iliaques sont douloureuses à la palpation.

Cuti-réaction à la tuberculine : fortement positive.

Examen des crachats : pas de bacilles de Koch.

Bordet-Wassermann négatif.

Radio pulmonaire : à noter seulement quelques petits îlots de sclérose fibro-calcaire, des lobes supérieurs droit et gauche. Pas de lésion évolutive.

Radio du bassin : coxalgie droite ancienne, avec destruction importante de la tête du cotyle. Ankylose coxo-fémorale avec adduction du fémur.

Première biopsie d'un élément de la jambe (25 juillet 1941).

Prélèvement d'un élément donnant à la vitro-pression une translucidité douteuse au centre, et donnant l'impression d'un tubercule lupique hyperkératosique.

Résultat : épithélium faiblement acanthosique. Formations nodulaires tuberculeuses avec rares ébauches de cellules géantes, et rares cellules géantes constituées (Professeur Harant).

Deuxième biopsie : pratiquée également sur la jambe (31 juillet 1941).

Fragment ayant l'apparence d'un tubercule lupique typique et fragment d'épithélium papillomateux.

Résultat : épithélium épaissi avec de profondes plongées hyperacanthosiques. Nombreuses cellules géantes et infiltrations lymphocytaires sous-épidermiques (Professeur Harant).

— Le 26 juillet, après décapage des lésions de la face

on peut voir qu'il s'agit de lésions verruqueuses. Sur ces lésions, la translucidité est nette (M. le Professeur Margatrot émet alors l'hypothèse que ces lésions seraient de la tuberculeuse verruqueuse : la dissémination s'étant faite par l'extérieur et non par voie hématogène).

Mais le 13 novembre, sur ces lésions traitées apparaissent des éléments donnant à la vitro-pression, la translucidité caractéristique du lupome (Ces lésions étaient donc bien des lésions de lupus scléreux papillomateux et la voie d'essaimage, la voie hématogène).

On institue un traitement de toutes ces lésions par curetage, suivi d'application de permanganate en poudre ; sur quelques points, on pratique l'électro-coagulation.

En même temps, un traitement général est installé.

1°) Série d'injections d'antigène méthylique, suivant la technique ci-après : injections tous les deux jours.

Antigène dilué : un quart de centimètre cube, un demi, trois quarts, puis quatre fois un centimètre cube.

Antigène pur : un quart de cc., un demi, trois quarts, puis quatre fois un cc.

2°) Héliothérapie.

A la suite de ce traitement :

Le 16 octobre 1941, on note une augmentation de poids de 4 kilos ; les lésions de la jambe ont diminué. Celle-ci est moins rouge et infiltrée. L'ulcération a rétrocedé ; elle n'a plus que la taille d'une pièce de 2 francs : un stylet s'insinue dans les masses cornées périphériques, mais ne pénètre pas dans un trajet fistuleux.

Au mois de novembre, on commence une série d'injections de sels d'or.

Depuis toutes les lésions se sont très nettement améliorées. On continue à pratiquer soit électro-coagulation, soit curetage sur les différents petits foyers lupiques.

Considérations :

1° Notre malade est manifestement atteinte de lupus scléreux papillomateux. En effet, cliniquement, ces lésions présentent toutes les caractéristiques de ce lupus :

Présence de lupomes ;

Importance de l'état verruqueux des lésions.

Multiplicité des lésions.

Remarquons d'autre part que cette affection évolue chez une bacillaire certaine, ainsi que le prouve sa coxalgie, l'intradermoréaction à la tuberculine, la radio pulmonaire re. Mais c'est une bacillose torpide, stationnaire.

Nous ne trouvons pas cependant de maladie qui auraient pu servir de cause déclenchante.

2° L'évolution de ce lupus présente certains aspects sur lesquels il est nécessaire d'insister.

A) Présence d'une lésion qui prédomine nettement. Ce foyer de tuberculose qui n'est pourtant que secondaire à un foyer interne, semble avoir pris la place la plus importante au point de vue de l'évolution du processus tuberculeux chez cette malade.

Notons la gravité de cette lésion qui présente une ulcération profonde et a provoqué de grands délabrements non seulement cutanés mais même osseux: amputation d'une phalange du gros orteil, soudure des autres, estropiant la malade.

B) Il est intéressant de signaler l'état éléphantiasique du membre inférieur gauche, nous verrons que c'est une complication très fréquente de ces grands placards lupiques du pied.

C) Enfin, signalons l'évolution particulière des autres lésions qui sont apparues par poussées successives ; no-

tons que ces lésions présentaient un caractère légèrement atypique : des squames grasses masquaient l'aspect verruqueux.

3^e) Enfin, mentionnons les bons résultats du traitement interne, que ce soit l'antigène méthylique de Nègre et Bocquet ou les sels d'or. L'état général et les lésions locales se sont, au cours de ces huit mois, considérablement améliorés.

Nous allons maintenant rapporter in-extenso une observation de L.-M. Pautrier (Bull. Soc. dermat. franç., 1935).

C'est celle de Kef. Nicolas, 34 ans.

Antécédents héréditaires : père et mère vivants bien portants.

Antécédents collatéraux : quatre frères bien portants, une sœur morte à un an de la rougeole.

Antécédents personnels : n'a jamais été malade. Nie toutes maladies vénériennes. Pas de tabagisme, pas d'éthylisme.

Maladie actuelle : en 1918, le malade présentait déjà des lésions du pied gauche, des fesses, de l'aisselle droite, un médecin de Metz fit un curettage ; toutes les lésions revinrent après un temps plus ou moins long (5 à 6 mois).

Vers 1924, les lésions récidivent, le malade consulte le docteur Weil, à Metz, qui, après une prise de sang négative fait une série de piqûres intraveineuses et intramusculaires. Ensuite, il fait un curettage des lésions du pied gauche.

Les lésions axillaires et fessières continuent à augmenter lentement de volume. Le malade éprouvait de plus en plus grandes difficultés à mettre ses chaussures.

Etat actuel (novembre 1935) :

Membre inférieur gauche : tout le pied et la jambe présentent une augmentation de volume extrêmement considérable qui débute au niveau des orteils et se termine sensiblement dans la région de l'articulation du genou.

L'augmentation de volume est plus marquée au niveau du mollet qu'au niveau du pied et surtout de la cheville. Cette différence s'explique vraisemblablement par le port de la chaussure, qui a déterminé au niveau du cou de pied au dessus des deux malléoles, une sorte de véritable bride transversale qui sépare le pied et la cheville du reste du mollet, au niveau duquel l'augmentation est encore plus considérable.

Mensurations : pied droit dans sa partie médiane : 23 cm.

Pied gauche dans sa partie médiane, 27 cm.

Mollet droit dans sa partie médiane, 30 cm.

Mollet gauche dans sa partie médiane : 41 cm.

Ces lésions ont débuté en 1933 et augmenté progressivement. Il ne s'agit pas d'œdème, les tissus ne sont pas dépressibles à la pression forte. Il s'agit d'un véritable état éléphantiasiforme qui, nous venons de le dire, s'atténue pour disparaître au niveau de l'articulation du genou et du creux poplité.

Cet état éléphantiasique paraît s'être constitué spontanément, c'est-à-dire qu'il ne paraît pas être commandé par aucune gêne spéciale de la circulation lymphatique. Il n'y a aucune hypertrophie du groupe ganglionnaire de l'aîne et il n'existe nulle part des cicatrices consécutives au curetage qui puissent expliquer cet éléphantiasis.

Sur ces téguments hypertrophiés, durs, tendus, existent en différents points des lésions surajoutées. On trouve au niveau de la plante du pied et sur la face du creux poplité

des cicatrices consécutives au curettage pratiqué antérieurement, mais les cicatrices sont parfaitement mobiles et n'expliquent en rien l'état éléphantiasique.

Sur la face dorsale de tous les doigts de pied existe un état papillomateux et végétant comme on en trouve assez fréquemment dans les états éléphantiasiques. On trouve des lésions analogues au niveau du talon et sur la face antérieure du cou de pied.

Mais dans la région de la cheville, en particulier de la malléole externe, ainsi que sur le pourtour de l'articulation du genou, il existe d'autres lésions assez particulières d'aspect, se présentant sous forme de papules de couleur rouge ayant les dimensions d'une tête d'épingle à un pois vert, quelques-unes recouvertes par un épiderme lisse, d'autres recouvertes par un enduit squameux corné. Ces lésions sont dures, infiltrées au toucher. Elles sont abondantes, séparées par des intervalles de peau saine (biopsie d'une de ces lésions).

Face interne de la cuisse gauche : à la face interne de la cuisse gauche, dans la partie supérieure, on trouve un placard de la dimension d'une paume de main à contours sinueux et circonscrits, partiellement cicatriciel à sa partie supérieure tandis que tout son bord inférieur est occupé par des lésions verruqueuses, végétantes, recouvertes d'un enduit corné, exubérant, et présentant tous les caractères d'un lupus scléreux papillomateux ou d'une tuberculose verruqueuse.

Région fessière : il existe sur chaque fesse un large placard d'environ 7 à 8 cm. de diamètre, à partie centrale partiellement cicatricielle, tandis que la bordure est encore nettement en activité, avec une teinte rougeâtre et un enduit corné hyperkératosique et verruqueux. La pression

ne permet pas de vider de petits micro-abcès épidermiques.

Région de l'aisselle droite : ici encore deux placards occupent toute la région de l'aisselle, en avant et par en bas, avec partie centrale cicatricielle présentant encore de nombreux foyers en activité, et une bordure recouverte d'un enduit hyperkératosique important, formant de véritables amas croûteux de 5 à 6 mm. de hauteur, durs, secs, très adhérents.

Au total, la malade présente depuis 17 ans, des lésions de bacillose cutanée intermédiaire entre le lupus scléreux papillomateux et la tuberculose verruqueuse, qui ont été curettées à deux reprises et qui sont aujourd'hui cicatricielles, mais avec encore des bordures nettement en activité. Au membre inférieur gauche, s'est développé depuis trois ans un éléphantiasis du pied et du mollet, avec production de lésions papillomateuses, qui accompagnent fréquemment l'éléphantiasis et de petites lésions papillonodulaires dont l'histologie précisera la nature.

Intra-dermo-réaction à la tuberculine au 1/50.000, positive.

Intra-dermo-réaction au sérum antistaphylo : positive.

Examen radiologique : diaphragme abaissé et aplati ; poumons : cicatrices hilaires ; taches en parties calcifiées, en parties fibreuses dans le sommet droit. Quelques minuscules taches anciennes dans le sommet gauche. Bacillose cicatricielle des sommets, surtout du droit.

Cœur et aorte : normaux.

Examen histologique : deux biopsies ont été pratiquées, l'une en bordure du placard de la cuisse, l'autre au niveau d'une des lésions nodulaires du genou.

La première permet d'éliminer la tuberculose verruqueuse : s'il existe une hyperkératose locale, on ne retrouve

par contre ni la papillomatose ni l'état végétant de l'épiderme, ni les micro-abcès intra-épidermiques, ni l'état inflammatoire qui accompagne les lésions de cette affection. La structure histologique est celle d'un lupus vulgaire.

De même la biopsie d'une des lésions nodulaires du genou montre le tableau du lupus tuberculeux ordinaire à gros lupomes isolés.

Considérations de L. M. Pautrier :

1° On sait combien il est parfois embarrassant au point de vue clinique, de trancher entre tuberculose verruqueuse et lupus scléreux papillomateux : les lésions offrent souvent une telle ressemblance que, au point de vue objectif, on ne saurait décider. A mon avis, c'est beaucoup plus le mode de contamination, d'évolution et la virulence des lésions qui permettent de se prononcer. Le cas précédent en est un exemple frappant.

Les lésions multiples que montrent mon malade à l'aisselle, aux fesses et à la cuisse, datent en effet de 17 ans. Leur aspect objectif avec les volumineuses productions crouteuses et cornées qui les recouvrent, orienterait nettement, au premier abord, vers une tuberculose verruqueuse. Mais ce terme doit être réservé, me semble-t-il, aux lésions provenant d'une inoculation externe, soit auto-inoculation chez un malade porteur d'une tuberculose viscérale et infectant ses téguments par ses crachats, ses matières fécales ou ses urines.

L'histologie permet enfin d'apprécier des éléments de différenciation importants: les deux biopsies faites chez mon malade ne laissent voir ni la papillomatose appréciable de la tuberculose verruqueuse, ni les petits abcès intra-dermiques caractéristiques, ni les lésions inflammatoires

qui l'accompagnent fréquemment. Elles montrent au contraire l'histologie typique du lupus vulgaire.

Notre cas offre encore deux particularités intéressantes :

2° Tout d'abord l'existence d'un éléphantiasis du mollet gauche, éléphantiasis qui ne s'explique par aucune gêne apparente de la circulation lymphatique, aucune bride cicatricielle, aucune lésion ganglionnaire. Il s'est développé, spontanément, lentement.

3° D'autre part, sur ce mollet éléphantiasique, on note surtout au pourtour de l'articulation du genou, l'existence d'un semis de lésions nodulaires de la dimension d'une grosse lentille, rouges, bombées, et fermes qui, histologiquement, se montrent être du lupus vulgaire. Il s'agit, en somme, d'un lupus à gros lupomes isolés, et son mode d'apparition pose un nouveau problème. Il s'agit, ordinairement, dans des cas de ce genre, de lupus d'origine hématogène. Mais cette hypothèse ne saurait être retenue dans le cas présent : un lupus hématogène aurait une toute autre dissémination et ne serait pas localisé, ainsi, au niveau du mollet gauche. Cette systématisation paraît indiquer de façon nette un ensemencement de la peau par voie lymphatique, à l'occasion de la gêne apportée à cette circulation par l'état éléphantiasique du membre.

ETUDE CLINIQUE

1. La lésion type du lupus scléreux papillomateux :

Au début apparaissent des tubercules qui se présentent sous l'aspect de taches rougeâtres ; ces tubercules présentent tous les signes cliniques caractéristiques des lupomes :

coloration rouge jaunâtre, translucidité à la vitro-pression, mollesse, absence de phénomènes douloureux.

Mais ces taches vont s'agrandir et les tubercules durcir, prenant une teinte rouge vineuse.

Ces tubercules confluent et forment une plaque lupique. Celle-ci au début très petite ne contenant que quelques rares lupomes, pourra n'avoir que quelques millimètres de diamètre.

Mais toutes ces lésions ont une tendance nette à l'extension centrifuge, elles se développeront lentement pour atteindre finalement des dimensions considérables formant alors de véritables nappes lupiques qui peuvent envahir une partie considérable d'un membre.

Ces placards émergent de la peau saine, on ne trouve pas le halo inflammatoire caractéristique de la tuberculose verruqueuse.

Ils sont en général, arrondis ou ovalaires, mais peuvent être allongés dans le sens des doigts ou des membres ; d'autrefois ils sont irrégulièrement polycycliques ou bien encore fréquemment serpigineux. Nous voyons donc que rien n'est plus variable que la forme de ces placards.

Tout aussi variable est l'aspect de ces placards. Ce qui domine en ce moment, c'est l'état verruqueux de la lésion, *mais l'état papillomateux de sa surface, la consistance des papillomes est variable à l'infini* suivant l'ancienneté du lupus, son état scléreux, les lésions dermiques ou épidermiques secondaires.

Essayons cependant de décrire les aspects les plus fréquemment rencontrés :

1° Les placards lypeux peuvent prendre un aspect mamelonné, recouvert d'un épiderme sec, rugueux, blanchâtre ou grisâtre, semés parfois de points noirâtres, correspondant au sommet des papilles hypertrophiées. En cer-

tain points apparaissent des saillies papillomateuses recouvertes d'un épiderme à demi cornifié plus ou moins épais. Ces saillies sont séparées par des sillons, ou même quelquefois, par de véritables crevasses qui peuvent s'ulcérer et sécréter un liquide séro-sanguinolent.

Inutile de dire que sous ce revêtement verruqueux, on ne peut plus voir facilement les lupomes qui signeraient la nature exacte de l'affection. On peut parfois, après décapage ou après avoir enduit la lésion de vaseline, voir apparaître en certains points sous le verre de montre, la translucidité caractéristique.

2° Souvent le placard lupique prend une allure plus organisée.

Le centre de la lésion est alors constitué par une cicatrice scléreuse où s'aperçoivent parfois quelques nodules lupiques. La périphérie est saillante et hérissée de saillies papillomateuses sèches séparées par des fissures plus ou moins profondes dont parfois l'expression peut faire sortir une gouttelette de sérosité purulente.

Cette forme nous montre bien la tendance à la progression centrifuge du lupus scléreux papillomateux.

3° D'autres fois, et notre malade en était un bon exemple, la nature verruqueuse de la lésion est complètement camouflée par un revêtement d'épaisses squames grasses. Ce n'est qu'après un soigneux décapage qu'on découvre une lésion typique.

De toutes ces différentes formes, ne retenons qu'une seule chose : la lésion type de lupus scléreux papillomateux est caractérisée par la présence de lupomes masqués par un épais revêtement verruqueux.

Il se différencie de la tuberculose verruqueuse par l'absence presque constante de suppuration : c'est une lé-

sion généralement sèche ; l'absence de halo inflammatoire.

En dehors de ces signes, nous voyons combien la ressemblance est frappante entre les lésions de ces deux affections et c'est ce qui explique les nombreuses erreurs de diagnostic qui sèment l'histoire du *lupus scléreux papillomateux*.

II. *Caractères généraux de lupus scléreux papillomateux :*

1° *Multiplicité des lésions.* — Alors que dans la tuberculeuse verruqueuse, on ne rencontre qu'une ou, au maximum, deux plaques, ici la multiplicité des lésions est la règle.

Notre malade en présentait une douzaine de différentes tailles, à différents stades de leur évolution : le malade de L. M. Pautrier : 6. Mais d'un malade à l'autre, le nombre des lésions est très variable.

En lisant les nombreuses observations de *lupus scléreux papillomateux post-rougeolique*, on est frappé du nombre considérable des lésions provoquées par cette sorte de *lupus* : dans de nombreux cas, en effet, elle dépasse la quarantaine. Quand, au contraire, on lit des observations de *lupus scléreux papillomateux* installé chez un malade depuis de longues années, on remarque toujours un nombre plus restreint de lésions : en général, au dessous de 20 et même quelquefois on n'en trouve plus qu'une seule.

Adamson pense à ce sujet que, dans les éruptions post-rougeoliques, de nombreuses lésions ne se développent pas mais au contraire régressent et finissent par disparaître, sans même avoir inquiété le malade, en raison de l'absence constante de douleurs. D'autres lésions continueraient, au contraire, lentement leur évolution, et ce sont les mêmes

que nous rencontrons chez ces malades présentant des lupus installés depuis fort longtemps.

2° *Siège des lésions.* — Dans la tuberculose verruqueuse nous voyons les lésions siéger avec prédilection aux mains ou encore dans une région où le malade se contamine par ses sécrétion : la région anale.

Le lupus scléreux papillomateux a une répartition beaucoup plus vaste. Il peut siéger sur tout le revêtement cutané, à l'exception cependant du cuir chevelu où on ne l'a jamais décrit.

Il semble cependant qu'il est plus fréquent au niveau des membres et surtout du membre inférieur. La peau des membres inférieurs, présentant souvent de légers troubles trophiques en raison de la stase sanguine que l'on y rencontre parfois, il pourrait se former là un locus minor resistantiæ qui favoriserait la fixation des bacilles tuberculeux à ce niveau.

Mais si le membre inférieur est le plus souvent atteint, nous rencontrons très fréquemment ce lupus sur les membres supérieurs, plus rarement sur le tronc.

Gaté en a signalé un cas dans la région anale. Enfin, chez notre malade et dans de nombreuses autres observations, on en observe même sur la face.

Sans doute existe-t-il de légères différences dans les formes que nous observons aux différents points du corps. Sur les membres, le lupus est souvent très papillomateux et en même temps présente de larges placards cicatriciels scléreux. Sur le tronc et la face, l'état verruqueux est généralement masqué par des squames plus ou moins grasses. Dans la région anale, c'est l'état végétant qui domine.

III. *Evolution du lupus scléreux papillomateux :*

1° A la suite d'une maladie anergisante, toutes les lésions peuvent apparaître à la fois, à quelques jours d'in-

tervalle, réalisant ainsi une éruption typique. A partir de ce moment, chaque lésion évolue pour son propre compte, soit vers la guérison par cicatrisation — la plaque lupique laissera alors une cicatrice — soit vers l'aggravation — la plaque va petit à petit se développer et son évolution durera de longues années.

2° Les plaques lupiques peuvent apparaître suivant un autre processus et c'est celui-là que nous avons observé chez notre malade : tous les deux ou trois ans, de petites poussées faisaient leur apparition sans qu'on puisse déceler la cause déclenchante. Ce deuxième mode paraît être le plus fréquemment rencontré.

3° Mais nous voulons surtout attirer l'attention sur un caractère particulier que présente très souvent le lupus scléreux papillomateux.

C'est : l'énorme importance que prend une seule des lésions.

Alors qu'en règle générale, les lésions ne dépassent pas la dimension d'une paume de main, on voit une plaque siégeant généralement aux membres inférieurs prendre des proportions anormales envahissant le cou de pied, une partie importante du mollet.

Il semble qu'en ce point, le processus tuberculeux soit particulièrement virulent et transforme un simple foyer lupique secondaire, en un foyer principal d'où les bacilles tuberculeux pourront de nouveau essaimer dans l'organisme.

C'est cette lésion avec : les ulcérations, l'état éléphantiasique et les troubles trophiques importants qui l'accompagnent, que nous allons maintenant étudier.

a) *La nappe lupique* : est alors caractérisée par son énorme étendue et par les différentes formations qu'elle présente sur toute sa surface. Ça et là se rencontrent d'énor-

mes masses papillomateuses rouges ou bien grisâtres. Ailleurs, des plaques de tissu cicatriciel à épiderme aminci et de coloration rougeâtre.

b) *Les ulcérations* : en général les plaques de lupus scléreux papillomateux, de même que les placards de tuberculose verruqueuse, ne s'ulcèrent pas. Il n'en est pas ainsi dans ce type de lésions où les ulcérations sont presque constantes. Elles évoluent avec des alternatives d'exacerbation et de cicatrisation durant les longues années pendant lesquelles se développera la nappe lupique.

Ces ulcérations à bords déchiquetés et rouge violacé sont torpides et non douloureuses. Assez profondes, elles cheminent entre les masses papillomateuses qu'elles dissèquent.

Elles peuvent se développer d'une façon considérable, notre malade, à son entrée dans le service, présentait au cou de pied gauche une ulcération d'au moins douze centimètres de long.

De la profondeur de ces ulcérations sort un liquide séro-sanguinolent, mais jamais purulent ; le plus souvent, il s'en exhale une odeur putride.

c) *L'état éléphantiasique* : Ce qui frappe tout d'abord les yeux d'un clinicien observant un membre atteint par cette nappe de lupus scléreux papillomateux, c'est l'état particulier de ce membre ; il est volumineux et difforme. Mais ce gonflement n'est pas produit par un œdème ; en effet, on ne peut obtenir de godet d'empreinte : nous avons là un véritable état éléphantiasique.

Comme on ne retrouve jamais de lésions du côté des ganglions lymphatiques, il semble vraisemblable que cet éléphantiasis soit dû à des poussées érysipélatoïdes à répétition, poussées dues à des lymphangites tuberculeuses des tronculés et du réticulum lymphatique.

Cet état éléphantiasique peut être très important (se

conférer aux mensurations de l'observation de Pautrier).

Généralement il s'installe de façon insidieuse et progressive.

Quand la lésion siège au membre inférieur, il ne dépasse pas le genou.

Le membre est généralement froid, blanc, la sudation est exagérée, on y rencontre fréquemment un état papillomateux et végétant caractéristique de l'éléphantiasis. Ces végétations siègent surtout à la plante des pieds, au talon et sur la face dorsale des doigts de pied.

Enfin, souvent à la limite supérieure de l'infiltration, apparaît un véritable semis de petites lésions nodulaires de la dimension d'une grosse lentille, rouge et légèrement surélevée qui donne la translucidité à la vitro-pressure : il s'agit de lupus disséminé à gros lupomes.

Nous avons vu que Pautrier pensait que c'est par voie lymphatique que les bacilles venus du foyer lupique principal avaient ainsi essaimé.

d) *Troubles trophiques*. — Cet énorme placard lupique et cet état éléphantasique du membre ne vont pas sans réagir profondément sur la trophicité de tous les tissus.

C'est d'abord la peau qui sera sèche, infiltrée, adhérente au plan profond, desquamant abondamment.

Les ongles s'épaississent et se couvrent de stries longitudinales.

Les tissus sous-cutanés eux-mêmes vont réagir, les aponeuroses, les tendons se soudent rendant le jeu des articulations impossibles.

Puis apparaissent des troubles osseux : l'examen radiologique d'un pied dans une observation de Lagarde montre une « décalcification massive et globale des os du pied avec renforcement de quelques os sur leurs contours ».

Finalement, à la suite de la raréfaction de tissu osseux.

se produiront de véritables amputations ou des soudures des doigts entre eux.

L'extrémité inférieure du membre ne sera plus qu'un moignon informe avec quelques doigts amputés, d'autres soudés immobiles.

Si nous voulons présenter un tableau clinique résumé d'un malade atteint de lupus scléreux papillomateux, celui-ci comportera :

1° Une lésion principale siégeant à la partie inférieure d'un membre, présentant: ulcération, cicatrice et masse papillomateuse, évoluant sur un terrain éléphantiasique et conduisant à de graves mutilations du membre.

2° Une efflorescence de lésions : siégeant sur tout le revêtement cutané, chacune de ces lésions présentant les caractères cliniques d'une tuberculose verruqueuse sèche.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

La lésion élémentaire histologique du lupus scléreux papillomateux est le tubercule qui correspond à la lésion élémentaire clinique : le lupome.

Mais le derme dans lequel se trouvent ces lupomes réagit d'une façon toute spéciale dans cette variété de lupus.

Enfin, l'épiderme qui recouvre ces lésions va lui aussi se transformer.

Nous étudierons donc successivement : le nodule lupique ;

Les réactions conjonctives ;

Les réactions épithéliales.

1° *Le nodule lupique* : il est identique aux nodules lupiques de n'importe quel autre lupus constitué par un amas de cellules épithélioïdes dans lequel on rencontre de loin en loin quelques rares cellules géantes.

2° *Les réactions conjonctives* : Au début on a seulement une légère augmentation des fibrocytes autour des tubercules et une infiltration lymphocytaire formant de petits manchons autour des capillaires.

Puis, peu à peu les fibrocytes se multiplient et sécrètent des fibrilles de collagène. Il se constitue ainsi un tissu fibreux de néo-formation, d'abord riche en noyaux qui va se disposer de deux façons différentes :

a) Autour de chaque tubercule, le tissu fibreux va s'organiser en lamelles concentriques formant de véritables lupomes cornés.

b) Au dessus de l'infiltration lupique, d'autres fibrilles de collagène s'installeront parallèlement à la surface cutanée, formant une plaque épaisse de tissu scléreux.

3° *Les réactions épithéliales* : Lenglet avait schématisé les réactions épithéliales des lupus « à lupus pauvre, épithélium pauvre ; par contre, à lupus à infiltrat riche et abondant, épithélium proliférant ». Irrité par l'infiltrat lupique sous-jacent, l'épithélium se met à proliférer et envoie vers la profondeur de grands bourgeons végétants qui pénètrent et divisent la masse lupique.

Etudions successivement ce que deviennent les différentes couches de l'épiderme.

La couche cornée est généralement en état d'hyperkératose prononcée, formant à la surface une véritable carapace cornée.

La couche granuleuse est naturellement aussi très épaisse et ses cellules sont très riches en éléidine.

Mais çà et là, il peut exister des îlots de dékératinisation caractérisée par la disparition de la couche granuleuse et la persistance de la vitalité des cellules de la moitié ou des deux tiers inférieurs de la couche cornée. Il peut même se produire en certains points des processus de destruction épidermique.

Le corps muqueux est en état d'hyper-acanthose prononcée, et son union avec le derme se fait de la façon la plus capricieuse, il envoie vers la profondeur, des prolongements, véritables végétations qui peuvent descendre jusque dans le derme profond, mais on ne rencontre jamais ces abcès volumineux circonscrits, bourrés de polynu-

cléaires qui sont une caractéristique de la tuberculose verruqueuse.

En résumé, la structure histologique du lupus scléreux papillomateux peut se caractériser ainsi : des éléments lupiques cornés enfous dans un derme scléreux recouverts par un épiderme acanthosique. Nous voyons là une différence assez grande avec la tuberculose verruqueuse qui présente plutôt une hypertrophie polymorphe de tous les éléments du derme et de l'épiderme, ne présentant pas cet aspect organisé du lupus scléreux papillomateux.

Voyons rapidement l'histologie de l'éléphantiasis du lupus scléreux papillomateux. L'épiderme est normal sans hyperacanthose. Par contre, le chorion est épaissi avec de grosses traînées conjonctives, des vaisseaux en grand nombre, des dilatations lymphatiques, des infiltrations et des hypertrophies des parois vasculaires. De place en place, on trouve des follicules tuberculeux.

DIAGNOSTIC

Nous reviendrons d'abord rapidement sur le diagnostic différentiel du lupus scléreux papillomateux avec la tuberculose verruqueuse, diagnostic sur lequel nous avons longuement insisté tout au long de notre étude, puis nous passerons en revue une série d'affections pouvant présenter un aspect verruqueux plus ou moins voisin de celui de notre affection : lichénification verruqueuse, forme rare d'acnée conglobata, bouton d'Orient, sporotrichose verruqueuse, et finalement nous nous arrêterons davantage sur un diagnostic souvent difficile : celui de certaines formes de syphilis tertiaire.

I. *Tuberculose verruqueuse* :

Celle-ci est toujours d'inoculation externe. En général, on trouve un *placard unique*, quelquefois deux. Cependant, Røederer et Woringer ont rapporté en 1928, le cas d'un jeune garçon qui présentait une tuberculose verruqueuse à placards multiples, une dizaine de lésions siégeant aux poignets, à la fesse droite et au pied gauche ; affection survenue à la suite d'un séjour de l'enfant dans un sanatorium où il a eu toutes chances de se contaminer directement.

Le placard de tuberculose verruqueuse est, nous l'avons vu, très voisin de celui du lupus scléreux papillomateux. Insistons cependant sur la présence constante d'un halo

inflammatoire et la présence presque constante de suppuration (toute deux sont rares dans notre lupus) et enfin, l'absence de lupomes.

Et surtout, nous ne voyons jamais un placard de tuberculose verruqueuse prendre un développement considérable, provoquer de l'éléphantiasis, des ulcérations et des mutilations.

Sur une coupe histologiquc, nous avons une hyperkératose, une hyperacanthose colossale, des micro-abcès dans l'épiderme ; enfin, dans le derme, l'infiltrat tuberculeux s'associant à un état inflammatoire, se présente sous une série de formes très différentes, mais toujours éloignées de la sclérose et des noyaux lupiques cornés, du lupus scléreux papillomateux.

II. Lichénification verruqueuse ou lichen corné hypertrophique :

Celle-ci forme des placards durs, secs, verruqueux hyperkératosiques. Elle siège habituellement au membre inférieur, sur le devant des jambes ; sa surface présente une série de petites dépressions alvéolaires en nid d'abeilles ; elle coexiste quelquefois avec du lichen blanc ; elle s'accompagne toujours d'un prurit violent.

III. Des lésions extraordinaires, mais fort rares, qu'on a décrites sous le nom assez impropre d'*acné conglobata* peuvent former de vastes placards végétant avec cicatrisation complète au centre et large bordure verruqueuse et végétante. Pautrier en a publié un cas très démonstratif dans les Annales de Dermatologie, mars 1934. Mais ces lésions végétantes en bordure sont d'une mollesse remarquable: elles sont à la fois végétantes et fongueuses.

IV. *Le bouton d'Orient* :

On le trouve à la face ou sur le dos des mains ; il se présente comme une lésion numulaire de quelques centimètres de diamètre, à contours festonnés , recouverte par une croûte adhérente ou cerclée par un liseret érythémateux. Quand on détache la croûte, on découvre une ulcération déchiquetée à fond papillomateux et des points jaunes purulents. Le tout repose sur une base infiltrée. La lymphangite et une adénopathie satellite sont fréquentes. La cicatrisation est lente et demande des mois. Le diagnostic se fera sur les commémoratifs, la notion d'un séjour dans un pays d'Orient ou du bassin méditerranéen, la recherche des leishmania dans le pus et dans les croûtes.

V. *Les mycoses végétantes* et en particulier *les sporotrichoses verruqueuses* :

Elles simulent surtout la tuberculose verruqueuse. Ce sont les mêmes placards verruqueux, papillomateux, squameux et croûteux, les mêmes sillons et rhagades découpant les masses végétantes. Mais là aussi on retrouve les microabcès vidant leur pus à la pression, absent dans le lupus scléreux papillomateux.

Enfin, la recherche du champignon, des cultures, biopsies et inoculations faciliteront le diagnostic.

VI. *Syphilis tertiaire verruqueuse* :

Cette forme clinique spéciale de la syphilis tertiaire se manifeste assez rarement; son diagnostic n'en est donc que plus difficile.

Klingmuller, Neisser, Demjanowitch, Fuchs, Evrard,

Butler, Oland, Milmann, Jacobsohn nous en rapportent des cas typiques.

Plus près de nous, en 1929, Per étudie un de ces cas dont nous allons rapporter brièvement l'observation qui est assez singulière.

Il s'agit d'une paysanne de 48 ans se plaignant de lésions cutanées dans la région des genoux et des tendons d'Achille, de maux de tête, de vertiges, de douleurs sourdes dans les os des membres inférieurs.

Les antécédents ne nous apprennent rien, sinon qu'elle n'est pas mariée et n'a jamais eu de maladies vénériennes.

La malade restée « *virgo intacta* » est maigre et frêle. Les téguments et les muqueuses sont anémiques. Elle présente de nombreux ganglions volumineux.

Etat de la peau :

Sur les genoux, dans la région patellaire, des placards numulaires infiltrés, à contours irréguliers, de la dimension d'une pièce de 5 francs, font une saillie de 3 à 5 mm. au-dessus du niveau de la peau environnante. Ils sont strictement symétriques. Une large zone érythémateuse, d'une teinte livide, rouge bleue est distinctement visible à leur pourtour. Les surfaces atteintes, sèches à la palpation, sont parsemées de multiples formations papillomateuses hyperkératosiques d'un gris sale, et fortement adhérentes. Si l'on tente de détacher ces végétations on provoque le saignement. Le processus ne manifeste ni tendance à l'ulcération, ni résolution spontanée et on ne trouve nulle part trace d'atrophie cicatricielle. La pression n'exprime pas de pus. La peau est cyanosée et froide.

Vers l'insertion des tendons d'Achille, on remarque aussi des placards plans infiltrés, symétriques, aux contours irréguliers. De la dimension d'une petite paume, ils sont

secs et durs au toucher, bordés d'un large halo inflammatoire de teinte livide. Par places font saillie des productions papillomateuses cornées.

Une biopsie donne comme résultat : la couche cornée est épaissie avec des cellules parakératosiques, la couche granuleuse fait défaut. On trouve une puissante acanthose avec amincissement de l'épiderme au dessus des papilles. La couche supérieure du corps papillaire est abondamment infiltrée. Il existe une quantité considérable de lymphocytes, de cellules épithélioïdes, de cellules conjonctives.

Perdet-Wasserman négatif.

L'intra-dermo-réaction à la tuberculine est positive en 48 heures.

Inoculation au cobaye négative.

Toutes les présomptions étaient donc pour la nature tuberculeuse de l'affection. Mais la distribution topographique des foyers, leur stricte symétrie, les douleurs sourdes et lancinantes dans les os ont fait porter le vrai diagnostic.

Un traitement d'épreuve a positifé le B. W., puis a lentement amélioré les lésions.

Nous voyons, à la suite de cette observation la difficulté énorme à trancher entre ces deux affections.

Au point de vue clinique, il paraît difficile de distinguer les deux placards. Peut-être la topographie symétrique serait un argument en faveur de la syphilis.

Les méthodes biologiques et de laboratoire sont elles aussi en défaut : une syphilis tertiaire peut évoluer avec une sérologie négative, et la réaction à la tuberculine n'a pas non plus de valeur absolue. En effet, Nicolas, Favre, Augagneur, Charcot ont montré que chez les adultes, les intra-dermo, les cuti et sous-cuti-réactions à la tuberculine

sont plus évidentes et plus constantes chez les syphilitiques que chez les porteurs de lésions cutanées tuberculeuses.

La biopsie n'est d'aucun secours en raison de l'analogie anatomique parfois absolue entre les nodules syphilitiques et tuberculeux.

L'inoculation au cobaye du tissu pathologique signe la tuberculose quand elle est positive. Mais il est de nombreux cas de lupus où même l'inoculation intra-péritonéale se révèle négative à plusieurs reprises ; une inoculation négative ne peut donc faire écarter d'une manière absolue le diagnostic de lupus.

Reste le traitement d'épreuve antisypilitique qui seul permet par son efficacité d'affirmer la nature syphilitique de ces lésions. Mais souvent celles-ci résistent assez longtemps au traitement.

Enfin, il faut tenir compte des formes mixtes de lupus scléreux papillomateux évoluant sur terrain syphilitique ou bien des hybrides tuberculo-syphilitiques.

PRONOSTIC

Le pronostic de cette affection est en général grave. En effet, le lupique est un tuberculeux avéré, toujours susceptible de présenter des phénomènes de réinfection ou de super-infection.

Il nous faut donc envisager un pronostic local et un pronostic général.

Le pronostic local est en général réservé. En effet, nous avons vu la tendance qu'avait le lupus scléreux papillomateux à envahir entièrement une partie d'un membre, provoquant un état éléphantiasique, des déformations osseuses, des mutilations, transformant le malade en un impotent.

Le milieu social du malade interviendra d'une façon importante. En effet, un lupus traité de bonne heure, s'il est souvent difficile à guérir complètement, est toujours très retardé dans son évolution. Mais souvent ces malades, gens de campagne, arrivent pour se faire traiter quand il est déjà trop tard, le lupus indolore ne s'est pas fait remarquer et les lésions évoluant avec tant de lenteur, on ne s'aperçoit que très difficilement de toutes les mutilations subies.

La longue durée des traitements est encore une raison pour le malade de se soustraire à toute médication.

Le pronostic général est assombri par la possibilité d'une

complication tuberculeuse viscérale et particulièrement pulmonaire. Il est vrai que ces malades ont le plus souvent des tuberculoses torpides, mais ils ne restent pas au moins sous une menace constante.

En résumé, le pronostic du lupus scléreux papillomateux doit toujours être envisagé avec prudence. Il est fonction d'un certain nombre de facteurs dont les uns peuvent être appréciés : antécédents personnels et héréditaires, situation sociale, état général, évolution antérieure, et dont les autres sont imprévisibles, tels que l'apparition possible d'une tuberculose viscérale.

TRAITEMENT

Tout porteur de lupus scléreux papillomateux est, nous l'avons déjà souvent répété, un tuberculeux. Il est donc naturel de traiter non seulement la lésion cutanée, mais l'état général, modifiant le terrain, soutenant les réactions de défense de l'organisme, et enfin mettant le malade dans les meilleures conditions d'hygiène.

Traitement général

1°) *Héliothérapie* : Elle a une importance primordiale ; en effet, nous avons vu que ces lupiques étaient presque toujours des habitants de contrées froides et humides.

2°) *Le régime* est aussi important. Pour ceux qui le peuvent, le régime des lupiques de Gerson Sauerbruch paraît être l'idéal.

L'antigène méthylique, les sels d'or et l'éther benzylcinnamique semblent être les meilleurs médicaments à conseiller.

L'antigène méthylique de Nègre et Bocquet paraît agir presque avec électivité sur ces lésions végétantes.

Il s'injecte à doses progressivement croissantes de un quart, un demi, trois quarts et quatre fois un CC. d'antigène dilué, puis aux mêmes doses croissantes d'antigène pur. Les injections peuvent se faire tous les deux jours. Il y a par-

fois une petite réaction locale, mais la tolérance est parfaite.

Les sels d'or, bien qu'on ait dénié toute valeur dans la tuberculose pulmonaire, semblent avoir sur cette tuberculose cutanée, une action amélioratrice. Mais il est préférable d'employer de toutes petites doses.

L'éther benzyl-cinnamique paraît aussi donner de bons résultats.

Traitement local

Le curettage est ici le procédé de choix. Il se fait suivant l'étendue des lésions, sous anesthésie générale, sous large infiltration locale à la novocaïne ou le plus souvent sans aucune anesthésie.

On attend généralement que toute possibilité d'infection surajoutée ait disparu ; sinon, on pratique une désinfection attentive de tout le champ opératoire.

Avec une curette de Volkmann de grande taille, on commence par un gros nettoyage, puis avec des curettes plus fines, on terminera par un minutieux travail de sculpture respectant le derme sain ou la sclérose superficielle, mais enlevant tout le tissu lupique facilement reconnaissable par sa mollesse.

Pour assurer une destruction plus parfaite du tissu tuberculeux, on complète le curettage par une cautérisation locale. Pour le faire, on emploiera un caustique chimique : la poudre de *permanganate de potasse* laissée 24 heures sur place.

Ensuite, il sera indiqué d'enlever les récidives de lupomes, de nouveau à la curette ou plus facilement à l'*électrocoagulation*.

CONCLUSION

Au cours de cette rapide étude, nous avons voulu surtout mettre en évidence les points suivants :

1° Le lupus scléreux papillomateux est un lupus d'origine hématogène survenant généralement à la suite d'une maladie anergisante chez un sujet tuberculisé.

2° Cliniquement, ce lupus se caractérise par la multiplicité des lésions, la prédominance de l'une d'elles évoluant sur un terrain éléphantiasique provoquant des ulcérations et des mutilations, l'analogie clinique des autres avec la tuberculose verruqueuse sèche.

3° Histologiquement, il présente des lupomes cornés enfouis dans un tissu scléreux recouvert d'un épiderme hyperacanthosique.

4° Le diagnostic différentiel de cette lésion doit se faire avec la tuberculose verruqueuse avec laquelle on l'a longtemps confondu et les syphilides verruqueuses.

5° Le pronostic tant local que général est réservé.

6° Un traitement général actif doit toujours être associé au traitement local.

BIBLIOGRAPHIE

- ADAMSON. — Lupus verruqueux multiple. *Brit. Journ. of dermat.*, avril 1895.
- BROCQ. — Traité de dermat. élém., 1906.
- CAPELLI. — Participation : de la peau saine dans la tuberculose. *Annales dermat.*, 1927, p. 577.
- COURMONT, GATE, MICHEL. — Bacillémie tuberculeuse et tuberculose cutanée. *Presse méd.*, 28 mars 1934, p. 497.
- COMBY. — Tuberculose cutanée multiple avec gommes scrofulo-tuberculeuses. *Ann. dermat.*, 1889, p. 156.
- FINGER. — *Soc. dermat. de Vienne*, 1905.
- GATE. — Lupus scléreux évoluant par poussées chez un malade porteur d'un tuberculose orchio-épididymique, prostatique et vésiculaire. *Bull. soc. dermat. franç.*, 1934, p. 185.
- HARDY. — Leçons sur les maladies de la peau, 1860.
- KISSMEYER. — Sur la bacillémie tuberculeuse dans la tuberculose cutanée. *Munche Med. Woch.*, 15 avril 1932, n° 16, p. 626.
- LAGARDE, LOMBARD. — Un cas de lupus scléreux papillomateux. *Marseille méd.*, 1939.
- LELOIR. — Traité pratique de la scrofulo-tuberculose, 1890.
- LENGLET. — Première édition de la pratique dermatologique, 1907.
- LÆWENSTEIN et KREN. — La signification de la bacillémie dans les différentes formes de tuberculoses cutanées. *Arch. f. dermat.*, 1932, p. 375.
- LOUSTAU. — Les tuberculoses cutanées post-exanthématiques. Thèse Paris, 1902.
- MAC CALL AUDERSON. — Lecture 16 of clinic. med., 1870.
- MARIN, SABETTA. — Tuberculose verruqueuse d'origine endogène. *Union méd. Canada*, 1er janvier 1937.
- MATHISON. — Résultat de la méthode de Læwenstein dans différentes formes de tuberculoses cutanées. *Winer. klini. woch.* 3 juin 1932.
- MOUTOT. — La tuberculose verruqueuse. Thèse Lyon, 1907.
- NICOLAS et GATE. — Traité sur la tuberculose cutanée, 1932.

- NÖBL. — *Soc. dermat. de Vienne*, 8 fév. 1905.
- PAUTRIER. — Tuberculose cutanée dans la Nouvelle Pratique Dermatol., 1936.
- Sur un cas de *lupus scléreux papillomateux* avec état éléphantiasique et *lupomes isolés*. *Bull. soc. dermat. franç.*, 1935.
 - Sur un cas d'*acné conglobata* simulant la tuberculose verruqueuse. *Ann. dermat.*, 1934.
- PER. — Contribution à l'étude d'une variété verruqueuse de la syphilis tertiaire ignorée. *Ann. mal. vén.*, 1929, p. 1106.
- POPOFF et ROUSSEL. — La bacillémie de la tuberculose cutanée. *Réunion dermat. Sratsbourg*, *Bull. Soc. franç. dermat.*, 1932.
- RAMEL. — Tuberculose verruqueuse hémato-gène de la face et des extrémités. Guérison par la sanocrysine. *Bull. Soc. franç. dermat.*, 1928, p. 630.
- ROCHETTE. — Les tuberculoses cutanées post-rougeoliques. Thèse Lille, 1905.
- RÆDERER et WORINGER. — Sur un cas de tuberculose verruqueuse à placards multiples. *Bull. Soc. franç. dermat.*, 1928, p. 261.
- RIEHL et PALTAUF. — Analyse de Mercklen. *Ann. dermat.*, 1886.
- SAENZ. — Recherche sur la bacillémie tuberculeuse. *Journ. méd. franç.*, 1935.
- SESARY et POUMAILLOUX. — Tuberculose verruqueuse disséminée, consécutive à une rougeole. *Bull. Soc. franç. dermat.*, 1929, p. 597.
- TARANTELLI. — Sur la présence des éléments filtrables du bacille de Koch dans la tuberculose cutanée. *Arch. ital. dermat.*, 1er septembre 1930.
- VIDAL, LELOIR. — *Compte rendu à la Soc. biol.*, 1882.
- VIDAL. — Le *lupus scléreux*. *Ann. dermat.*, 1883.
- WIRTH. — Sur un cas de tuberculose cutanée post-exenthématique. *Dermat. Woch.*, 1924, p. 125.
-

S E R M E N T

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

En ma qualité de Censeur de tour
j'ai lu la Thèse ayant pour titre :

Le Lupus scléreux papillomateux

par M. P. CATALA.

Je pense que la Faculté peut en
permettre l'impression.

Vu :

Montpellier, le 15 juin 1942

Le Professeur,

MARGAROT.

Montpellier, le 24 juin 1942

Le Doyen,

GIRAUD.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 25 juin 1942

Le Recteur,
SARRAILH.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises
dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées
comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approba-
tion ni improbation

